

健康診断受診票

Health Checkup Questionnaire

受付番号

【学生基本情報】※学生記入欄

Please fill in the required items.

学校名	小樽商科大学 Otaru University of Commerce		受診年月日 The Day of The Health Check	April ___, 2026
学生番号 Student's ID			生年月日 Date of Birth	歳 Age
フリガナKana 氏名Name			出生性別 ASSIGNED SEX AT BIRTH	女性Female / 男性Male

【健康調査】※学生記入欄 Health Condition Questionnaire

Please answer the following. Check corresponding answers.

Past Medical History, Subjective Symptoms and Etc. 既往歴, 自覚症状 等	(1) 以前にかかったことがある主な病気について教えて下さい。Have you ever had a serious illness? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (病名Name of disease :)		
	(2) 現在、治療あるいは定期的な診察・検査を受けている病気やけがなどがありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (病名Name of medical condition :) Are you currently under medical treatment?		
	(3) 食品や薬剤などのアレルギーはありますか？Are you allergic to any foods or medications? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (原因What is it? :) Do you have an Epinephrine autoinjector? <input type="checkbox"/> いいえ NO <input type="checkbox"/> エピペン ^注 は携帯していますか? <input type="checkbox"/> はい YES		
	(4) 障害の有無および、認定を受けている場合は等級を記載してください。Do you have any disability? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (障害種類What is it?) Only for Japanese ↓ 等級 :)		
	(5) 最近、気になる症状や体調不良がありますか？Recently, do you have any subjective symptoms? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (具体的にplease describe:)		
Habits 生活習慣 の状況	(1) 朝食は食べますか Do you eat breakfast everyday? <input type="checkbox"/> ① 毎日食べる Yes. <input type="checkbox"/> ② 時々食べる No, sometimes. <input type="checkbox"/> ③ ほとんど食べない No, hardly ever.		
	(2) 運動習慣は？Do you take exercise regularly? <input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日運動する Yes. <input type="checkbox"/> ② 時々運動する No, sometimes. <input type="checkbox"/> ③ ほとんどしない No, hardly ever.		
	(3) 喫煙しますか？Do you smoke? <input type="checkbox"/> ① すわない No. <input type="checkbox"/> ② やめた No, quit. <input type="checkbox"/> ③ すう Yes.		
	(4) 飲酒しますか？Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> ① 飲まない No. <input type="checkbox"/> ② たまに飲む Yes, sometimes. <input type="checkbox"/> ③ ほぼ毎日飲む Yes, almost every day.		
	(5) 平均的な睡眠時間はどれにあてはまりますか？Which of the following best describes your average sleep duration? <input type="checkbox"/> ① 5時間未満 Less than 5 hours <input type="checkbox"/> ② 5～6時間未満 5 to less than 6 hours <input type="checkbox"/> ③ 6～7時間未満 6 to less than 7 hours <input type="checkbox"/> ④ 7～8時間未満 7 to less than 8 hours <input type="checkbox"/> ⑤ 8～9時間未満 8 to less than 9 hours <input type="checkbox"/> ⑥ 9時間以上 9 hours or more		
心身の健康について相談したい事がありますか？Would you like to consult a doctor about your health? <input type="checkbox"/> ない NO <input type="checkbox"/> あり YES → (内容The contents of a consultation :)			

注) エピペンとはアレルギーによるショック（アナフィラキシーショック）を防ぐための自己注射薬です。

【検査項目】※検査員記入欄 Only a staff will fill it out this section.

身長			c m	尿検査	備考	
体重			K g	血圧	1回目 (脈拍)	/ (回)
視力 (矯正)	右	()	胸部X線	2回目 (脈拍)	/ (回)	
	左	()		No.		

【診察所見】※医師記入欄 Only a doctor will fill it out this section.

< 所見 >		< 判定 >		コメント等	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 結膜貧血 <input type="checkbox"/> 頸部リンパ節腫大 <input type="checkbox"/> 甲状腺腫大 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 肺雜音 <input type="checkbox"/> その他 () 問題なし		問題なし . 経観 . 精検 . 治療中 問題なし . 経観 . 精検 . 治療中	
					
コメント等 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>					
医師サイン又は押印					